



Bengtsfors  
kommun



Dals-Eds  
kommun



Åmåls  
kommun



Melleruds  
kommun

## Ansökan om LSS

(Lagen om Stöd och service till vissa funktionshindrade )

### Personuppgifter

Sökandes efternamn och förnamn		Sökandes personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer	
Adress, postnummer och ort		

Jag har tidigare fått insatser enligt LSS  Ja  Nej

### Beskrivning

Det här funktionshindret har jag:

Det här behöver jag hjälp och stöd med:

**Skicka gärna med intyg eller utredning som gäller ditt funktionshinder, då kan vi utreda och besluta snabbare.**

**De här insatserna ansöker jag om** (sätt ett kryss framför den eller de insatser du ansöker om)

9.2 Personlig assistent eller pengar till en personlig assistent

9.3 Ledsagarservice

9.4 Kontaktperson

9.5 Avlösarservice i hemmet

9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

9.7 Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet

9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom

9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad

9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig (gäller personkrets 1 och 2)

10 § Begäran om individuell plan (gäller då man beviljats LSS-insats)

16 § Förhandsbesked (gäller dig som bor i en annan kommun.)

Ange vilken:

### Samtycke/godkännande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. För detta behövs din tillåtelse. Jag tillåter att ni får hämta upplysningar om mig hos försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller annan hos kommunen.

Ja

Nej

Behov av tolk?

Ja

Ange språk;

Nej

### Medhjälpare

Jag har fått hjälp med ansökan av:

God man

Förvaltare

Annan

Namn

Telefon (även riktnummer)

Adress, postnummer och ort

### Underskrift

Jag som gör den här ansökan är:

Jag själv

God man

Förvaltare

Vårdnadshavare

Datum: .....

Underskrift: .....

Namnförtydligande: .....

(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)

**Ansökan skickas till: Vård- och omsorgsförvaltningen LSS teamet Dalsland, Box 62, 662 22 ÅMÅL**